

Utah Cáncer Recurso y Educación para las Mujeres

Dedicados a Reducir los Efectos del Cáncer al Seno en Nuestra Comunidad.

Aplicación para el Programa de Otras Necesidades Además de Medicamentos

Información del Apicante:

Nombre: _____

Teléfono contactar de noche: _____

Teléfono contactar de día: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Mejor manera y hora para contactarle: _____

Fecha que le diagnosticaron cáncer al seno: _____

Nombre de su Oncólogo: _____

Ha estado alguna vez en tratamiento? _____ SI _____ NO

Está actualmente en tratamiento? _____ SI _____ NO

Fecha en que inició el tratamiento? _____

Dónde está recibiendo el tratamiento? _____

Cantidad que necesita: _____

Por favor explique para que usará el dinero: _____

Qué otra ayuda ha intentado conseguir? _____

Cómo escucho sobre nuestro programa? _____

Nombre de Persona o Clínica: _____

Teléfono: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

La información proporcionada será estrictamente confidencial y solo será para el uso del **Programa de Otras Necesidades Además de Medicamentos** y poder determinar si califica para la ayuda monetaria. En caso de ser aprobada, es posible que le soliciten más información. Envíe su aplicación a: UCREW, PO Box 521618, SLC UT 84152-1618

Para uso interno

Fecha de recibido _____ Aprobada _____

Apicante fué contactado _____

Utah Cáncer Recurso y Educación para las Mujeres

Dedicados a Reducir los Efectos del Cáncer al Seno en Nuestra Comunidad.

Cubriendo Necesidades más de la Medicina Información

Nombre _____ Teléfono (Casa) _____ Teléfono (otra) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Raza:

Africo Americano Asiático Nativo Americano
 Islas del Pacífico Blanco/Anglo Latino/Hispano
 Otro

Cuántas personas son en su grupo familiar? _____

Ingreso Familiar:

Menos que \$10,000 \$10,000-14,900 \$15,000-24,900 \$25,000 – 34,900
 \$35,000 – 44,900 \$45,000 – 54,900 \$55,000 –64,900 Más que \$65,000

Tiene usted seguro médico? Sí No
_____ _____

Sí su respuesta es sí, Cuál es el nombre de su compañía de seguro médico?

Firma de aplicante

(sin firma no podemos procesar el aplicación)

Información llenado en esta aplicación será confidencial y será solamente usado por los datos para UCREW.